IZPP Φ INTERNATIONALE ZEITSCHRIFT FÜR PHILOSOPHIE UND PSYCHOSOMATIK
Erstes offenes E-Journal für fächerübergreifende Theoriebildung in Philosophie und Psychosomatik sowie ihren Grenzgebieten
Herausgeber: Wolfgang Eirund und Joachim Heil ISSN: 1869-6880

Nähe und Distanz aus der Sicht der psychodynamischen Körperpsychotherapie

Peter Geißler

Über die Thematik „Nähe und Distanz" berichte ich aus der Perspektive eines psychodynamischen Körperpsychotherapeuten, einer eigenen, etwa dreißig Jahre bestehenden Richtung innerhalb des großes Spektrums körperpsychotherapeutischer Verfahren.

Ausgebildet wurde ich in Bioenergetischer Analyse, einer der verbreitetsten Körperpsychotherapien, und in Psychoanalyse. Blicke ich auf meine eigene Selbsterfahrung zurück, stelle ich fest, dass sich im nachträglichen inneren Erleben körperpsychotherapeutische und psychoanalytische Zugangsweisen als unterschiedlich, in der Gesamtschau jedoch gleichwertig niedergeschlagen haben. Waren es in der Bioenergetischen Lehranalyse und in Bioenergetikgruppen unvergessliche unmittelbar-körperliche regressive Erfahrungen von hoher emotionaler Intensität, so wurden mir in der psychoanalytischen Einzelerfahrung vollkommen neue Verstehensweisen vormals unbewusster Prozesse eröffnet. Mit diesem Erleben war ich nicht allein – andere Kolleginnen und Kollegen, die beide Methoden am eigenen Leib erfahren konnten, berichteten Ähnliches. Ursprünglich galten Psychoanalyse und Körperpsychotherapie als unvereinbar. Im interkollegialen Diskurs ist schließlich die Idee entstanden, die körperliche Erfahrung innerhalb einer „Psychoanalyse im offenen Setting" theoretisch und methodisch zu integrieren. Dazu existieren mittlerweile eine Reihe von Publikationen, die Günter Heisterkamp und ich in zwei lehrbuchartigen Darstellungen skizzierten (Geißler & Heisterkamp 2007, 2013).

Die Setting-Öffnung

Was bedeutet nun „offenes Setting"?

Die psychotherapeutische Situation wird ausdrücklich über die zwei Quadratmeter der Couch bzw. über den Beziehungsraum zwischen Couch und Sessel hinaus auf den gesamten Praxisraum ausgedehnt. Zusätzlich kommen weitere Modifikationen ins Spiel, die das Wesen der therapeutischen Situation in mehrfacher Hinsicht unterstreichen.

Die körperlichen Selbstbewegungen werden ausdrücklich in die analytische Regel der freien Assoziation mit einbezogen, d. h. der Patient wird gebeten, nicht nur auf seine mentalen Zustände und Einfälle, sondern auch auf seine körperlichen Wahrnehmungen und Empfindungen zu achten. Der Patient möge also – soweit es ihm möglich ist – alles, was ihm einfällt, was er fühlt, was er körperlich empfindet und welche körperlichen Impulse er verspürt, mitteilen *und unter bestimmten Umständen auch unmittelbar körperlich-handelnd umsetzen*. D. h. es wird vor Beginn der Behandlung an auf die Möglichkeit eventuell stattfindender Bewegungs- und Berührungsproben hingewiesen, wichtig: als Möglichkeit, nicht als „Muss". Einige Patienten machen von dieser Zusatzmöglichkeit Gebrauch, andere nicht.

Es ist eine spezifische Kombination an *körpernahen Erfahrungsmöglichkeiten* und *analytischer Reflexion,* die psychodynamische Körperpsychotherapie auszeichnet.

Anders als beispielsweise in der Bioenergetischen Analyse geht es in unserem Vorgehen nicht um das Durchführen bestimmter körperlicher, angeleiteter Übungen (z. B. Atemübungen, Stressübungen, Entspannungsübungen, Körperwahrnehmungsübungen etc.), sondern – wie in jeder psychoanalytischen Therapie – um sich innerhalb der therapeutischen Beziehung entfaltende Szenen, die verbal-analytisch durchgearbeitet werden, ergänzt um die Möglichkeit bestimmter Handlungsproben. Die allermeiste Zeit wird gesprochen, reflektiert. Einige solcher Handlungsproben sind natürlicher Bestandteil des Beziehungsgeschehens (dazu in Kürze ein Beispiel), andere können aktiv initiiert werden.

Der Patient wird darüber informiert, dass solche Handlungsproben immer erläutert und vorbereitet werden und dass es sich dabei nicht um zu erledigende Aufgaben handle, sondern um Angebote, sich tiefer zu erfahren und zu verstehen. Auch wenn er jeweils um seine Einwilligung für solche Handlungsproben gebeten und auch nachträglich die entstandene Szene daraufhin befragt wird, ob sie für ihn bekömmlich gewesen ist, versichert der Therapeut ihm, dass auch er mit darauf achtet, ob dem Patienten zum jeweiligen Zeitpunkt solche Proben zumutbar sind. Entsprechend dieser Auffassung verändert sich auch das Setting.

Wir unterscheiden in der psychodynamischen Körperpsychotherapie fünf „Ebenen“[1] therapeutischen Handelns (Geißler, 2017):

1. Augenkontakt
2. Stimmlicher Ausdruck
3. Nähe- und Distanzregulierung
4. Körperliche Berührung
5. Körperliche Interaktion zwischen Therapeut und Patient

Ein Beispiel zur Nähe-Distanz-Regulierung: eine Begrüßungsszene

Ein Kollege schildert mir in einer Supervision die Behandlung einer Patientin, bei der er sich durch eine zunehmende zwiespältige Gegenübertragung sehr befangen fühlt. Seine Ambivalenz beginne schon bei der Begrüßung. Ich bitte ihn, mir die Art der Begrüßung durch wechselnde Rollendarstellung zu demonstrieren. Er beginnt mit der Darstellung der Patientin. Durch eine gebeugte Armhaltung und leichten Zug im Moment der Berührung zieht diese ihn zu sich heran. Da sie sich gleichzeitig im Oberkörper nach vorn neigt, kommt sie ihm besonderes im oberen Körperbereich sehr nahe. Dann wechselt er die Position und fühlt sich in seine körperliche Reaktion ein. Es ergibt sich folgende Haltung: Im Oberkörper hält er sich starr aufrecht, sein Begrüßungsarm ist ebenfalls leicht gebeugt. Von ihm geht jetzt allerdings ein leichter Gegendruck, besonders im Moment der Berührung aus. Es sieht aus, als versuche er, sich einerseits die Patientin „vom Leibe zu halten“, andererseits aber diese Zurückweisung nicht zu deutlich werden zu lassen. In dieser körperlichen Darstellung wird ihm deutlich, wie seine ganze ambivalente Haltung zwischen Ablehnung und erzwungener Freundlichkeit in seiner Art der Begrüßung bereits enthalten ist. Ihre Angst vor Ablehnung, die sie mit überspringender Nähe zu bewältigen versucht, wird ebenfalls sichtbar und fühlbar. Es ist wie eine Momentaufnahme der Beziehung, die in dieser kurzen Szene eine besondere Verdichtung erfährt.

Diese Verdichtung gilt für viele Handlungsdialoge, die sich spontan während der Sitzung ergeben. In ihrer Vielschichtigkeit lassen sie sich oft erst nach und nach verstehen. Die Verwendung des körpersprachlichen Ausdrucks in der Supervision hat dabei ihre eigenen Möglichkeiten. In dieser Form der Darstellung tauchen oft zunächst unbewusst die spezifischen Signale auf, die die körperlich vermittelte affektive Situation deutlich

werden lassen. Der besondere Vorteil liegt darin, dass auch der Supervisand seinem Affekterleben[2] dabei in vielen Fällen sehr viel schneller auf die Spur kommt, als bei einer verbalen Vermittlung. Insbesondere sind die Auslöser für eigene Verwicklungen des Therapeuten oft eher in der körperlichen, als in der sprachlichen Kommunikation enthalten. So lassen sich die Hintergründe für das Erleben der Beziehungssituation, wie sie sich im Therapeuten abbildet, deutlicher herausarbeiten und verstehen.

Im weiteren Verlauf sollen hier jedoch die verschiedenen Möglichkeiten des Umgangs in der Therapie mit diesem spontanen Handlungsdialog beschrieben werden.

Wie kann man nun diese Szene therapeutisch bearbeiten? Verwendet man die Begrüßungsszene nur indirekt, käme es etwa zu folgender Frage: „Wenn Sie sich noch einmal vorstellen, wie wir uns begrüßen, erscheint Ihnen dabei irgendetwas besonders? Wie erleben Sie das?“

Eine solche Intervention läge komplett innerhalb des üblichen psychoanalytischen Repertoires, denn es wird die *Vorstellung* des Patienten angesprochen, eventuell auch damit verbundene Fantasien seinerseits.

Entscheidet man sich als Therapeut, den in der Begrüßungsszene spürbaren Konflikt direkter zu thematisieren, könnte man z. B. folgendes sagen: „Ich glaube, es gibt einen Konflikt zwischen uns, in dem Sie sich mehr Zuwendung von mir wünschen, aber bei mir fürchten, dass ich darauf nicht eingehe.“

Auch in dieser Formulierung wird lediglich der Konflikt – ein Konflikt zwischen Nähewünschen seitens des Patienten und Distanzierungswünschen seitens des Therapeuten – als solches angesprochen, und die nachfolgende Bearbeitung kann sich vollständig auf der verbal-reflektierenden Ebene vollziehen.

Will man als Therapeut seiner Gegenübertragung – der emotionalen Antwort des Therapeuten auf den Patienten – Ausdruck geben, könnte man beispielsweise sagen: „Es geht mir nach, wie wir uns begrüßen. Mein Eindruck ist, Sie möchten mich näher zu sich heranziehen und ich ziehe mich davor zurück.“

Ein weiterer Schritt, der die verbale Ebene zwar beibehält und doch oft in neue Bereiche führt, ist die Anregung einer Handlungsfantasie. In diesem Fall könnte ein entsprechender Vorschlag lauten: „Könnten Sie sich vorstellen, dass wir uns jetzt in der Stunde noch einmal so begrüßen, wie wir es am Anfang tun? Was geschieht in Ihnen, wenn Sie dieser Fantasie einmal folgen?“

Dieser Zwischenschritt einer Handlungsfantasie kann bereits sehr entscheidend sein. Aufgrund der Konkretisierung der Vorstellung durch die Fantasie einer Handlungswiederholung werden oft die darin enthaltenen Affekte deutlicher. Außerdem ist in dem gesicherten Fantasieraum trotz der Konkretisierung eine Äußerung von Gefühlen möglich, die im direkten Umgang vielleicht eher tabuisiert sind. Man hat als Therapeut auch noch einmal die Möglichkeit, das Ausmaß der dabei auftauchenden Ängste einzuschätzen, um dann die weiteren Schritte zu überlegen.

Eventuell ist durch die Handlungsfantasie bereits eine ausreichende Verstehensmöglichkeit gegeben. Es ist auch möglich, dass die Reflexionsmöglichkeit für die auftauchenden Affekte in dieser Form eher gegeben ist, als durch eine weitere Verdichtung der Beziehung in der konkreten Handlungsrealität. Denn das Reflektieren „in sicherer Distanz“ ist für die meisten Patienten leichter, als wenn Patient und Therapeut konkret-körperlich

interagieren und sich dabei körperlich nahekommen. Die Sicherung des Fantasieraums durch die „Verabredung“, dass das konkrete Umsetzen in eine direkte Handlungsform nochmals ein eigener Entscheidungsschritt ist, den man jedoch zunächst nicht unterlasse, ist dabei ein wichtiger Gesichtspunkt.

Es ist oft erstaunlich, wie allein durch die Handlungsfantasie Affekte oder auch Abwehrstrategien[3] auftauchen, die vorher nicht zugänglich waren.

Einige Reaktionen auf die Anregung der beschriebenen Handlungsfantasie sollen dies veranschaulichen:

> Ein Patient meinte: „Da werden mir schon die Hände kalt, wenn ich nur daran denke.“
>
> Oder ein anderer sagte: „Da hätte ich Angst, dass ich Ihre Hand nicht mehr loslassen möchte, ich schwitze jetzt schon, wenn ich mir das vorstelle, und dann würden Sie sich vielleicht vor mir ekeln.“
>
> Oder ein weiterer Patient äußerte: „Ich glaube, ich würde mich auf der Stelle umdrehen und weglaufen. Ich könnte es nicht ertragen, dass Sie mich dabei länger ansehen, und ich dann so klein werde.“
>
> Ein Patient sprang gleich auf und ergriff die Flucht nach vorn mit den Worten „Also los, packen wir´s an!“

Aus diesen Reaktionen lassen sich bereits eine Fülle verschiedener Abwehrformen und Ängste erkennen. Körperlicher Rückzug äußert sich in kalt werdenden Händen. Angst vor einem Durchbruch oraler Anklammerungswünsche, die Ekel hervorrufen, taucht auf. Fluchtimpulse und die Angst, in eine beschämende Regression zu geraten, werden spürbar. Oder ein phallischer Parforce-Ritt, der mögliche Kleinheitsängste überspielt, wird als entscheidende Abwehrstrategie erkennbar. Die spezifischen Abwehrformen und Kontaktängste werden allein durch die Handlungsfantasie greifbarer, auch für den Patienten.

Der entscheidende körpertherapeutische Schritt in eine Handlungsszene wäre dann der folgende: „Könnten wir uns jetzt in der Stunde noch einmal so begrüßen, wie wir es am Anfang getan haben? Wir könnten uns in einem bestimmten Abstand gegenüberstehen, dann aufeinander zugehen und uns die Hand geben. Was meinen Sie?“

Wenn sich ein Patient darauf einlässt, ist der Verlauf dieser Szene völlig offen. Einmal wäre es wichtig, dem Patienten den Abstand, den er als Ausgangspunkt wählt, zu überlassen. Dann ist oft ein wichtiger Gesichtspunkt, wer den ersten Schritt macht, von wem also die weitere Initiative ausgeht. Die Frage ist auch: Ähnelt diese Begrüßungsszene der Begrüßung am Anfang oder macht der Patient jetzt etwas völlig anderes – verstärkt oder vermeidet er den ursprünglichen Ausdruck? Wenn eine Handlungsfantasie der direkten Handlungsinszenierung vorausging, bestätigen sich dann die Ängste des Patienten oder ergibt sich eine ganz neue Konstellation? Oft verstärkt sich erst einmal das Abwehrverhalten. Der Patient bleibt z. B. in einem bestimmten Abstand wie angewurzelt stehen, es ist kein Schritt der Annäherung möglich. Auch das ist ein wichtiger weiterer Ausgangspunkt. Fantasien, die sich jetzt bei der Vorstellung konkreter Annäherung ergeben, können weitere Aufschlüsse geben über die Art der Ängste. Oder eine umgekehrte Situation ergibt sich. Der Patient geht plötzlich ohne besondere Schwierigkeit auf den Therapeuten zu, als sei nichts leichter als das. Vielleicht lässt sich dann zusammen verstehen, dass im konkreten Fall der Patient in der Lage ist, Affekte soweit auszuschalten, dass bestimmte Fantasien, die die Schwierigkeit ausmachen, nicht mehr auftauchen. Auch bei der

konkreten Umsetzung von Handlungsdialogen sind also die Art der Verarbeitung von Fantasien, die die Beziehung bestimmen, und das daraus resultierende Abwehrverhalten zunächst im Mittelpunkt der Wahrnehmung und der Analyse.

Welche Vorteile bringt die direkte Bearbeitung des Nähe-Distanz-Themas in der konkreten körperlichen Interaktion?

Die geschilderte Handlungsszene bei der Begrüßung sollte hier prototypisch für viele Handlungsszenen stehen, die sich während der Sitzung in oft versteckterer Art ergeben. Bei entsprechender Wahrnehmungseinstellung begleiten sie den Verbaldialog fortwährend, ob der Patient sitzt oder auf der Couch liegt. Wichtig erscheint erst einmal die Schulung dieser Wahrnehmung, da das Aufgreifen von Körpersignalen bei der Betonung des verbalen Ausdrucks im analytischen Vorgehen nicht so selbstverständlich ist.

So erzählen viele Patienten nachträglich, dass ihre Haltung auf der Couch nie Thema war. Viele Therapeuten berichten eher nebenbei, dass ein Patient über Jahre auf der Couch immer die gleiche Haltung einnahm, sich nie bewegte, sich etwa seitlich legte oder umdrehte.

Das eingegrenzte Couchsetting hat sicher manche Vorteile, was die Übersichtlichkeit des Behandlungsrahmens oder auch die Projektionsmöglichkeit angeht. Aber die Begrenzungen der körperlichen Ausdrucksmöglichkeiten, die damit gegeben sind, sind auch zu reflektieren.

Dennoch wären auch in diesem Setting die körpersprachlichen Ausdrucksvorgänge, z. B. eine bestimmte Haltung auf der Couch, aufzugreifen, und durch das Experimentieren mit Haltungsalternativen in ihrer Bedeutung zu entschlüsseln.

Die Scham ist dabei ein sehr häufig auftauchender Affekt, wenn man den Körperausdruck in den Mittelpunkt der Wahrnehmung rückt. Die Intensivierung des Schamgefühls ist bei allen Reaktionen auf körperliche Signale zu bedenken, insbesondere, wenn man die körperliche Handlung in die Therapie einführt.

Wahrscheinlich hat diese Schamreaktion einmal mit der plötzlich auftauchenden Nähe, wie sie bereits in der Handlungsfantasie gegeben ist, zu tun. Zum anderen spielt auch die größere Unkontrollierbarkeit des Körperausdrucks eine Rolle, so dass sich ein Patient wie ertappt fühlt, wenn man sich auf den Körperausdruck bezieht. Dies gilt in gleicher Weise für den Therapeuten, auch wenn er erst einmal in der geschützteren Position ist. Aber Patienten lernen den Körperausdruck des Therapeuten ebenfalls zu lesen und sich darauf zu beziehen. Manche Therapeuten geben daher offen zu, dass ihnen ein solcher Umgang buchstäblich zu nah auf den Leib rückt.

Vorausgesetzt, Patient und Therapeut sind bereit, sich auf eine solch affektiv verdichtete Form der therapeutischen Begegnung einzulassen, gestaltet sich der therapeutische Prozess in den meisten Fällen variantenreicher und lebendiger, als dies im Couch-Setting der Psychoanalyse oder auch in der rein sitzenden psychoanalytischen Therapie der Fall ist.

Nähe-Distanz-Themen können auf diese Weise „live“ bearbeitet werden, wodurch sich das Ausmaß an Evidenz gelebter therapeutischer Erfahrung nicht selten dramatisch verstärkt. Genauso habe ich meine eigenen körpertherapeutischen Selbsterfahrungen in der Rolle des Patienten auch in Erinnerung: die verdichteten

affektiven Szenen waren oftmals dermaßen intensiv, dass sich kathartische emotionale Durchbrüche immer wieder ereigneten.

Während sich in meiner psychoanalytischen Selbsterfahrung manches Mal die eine oder andere Träne den Weg an die Oberfläche bahnte, kam es im Zuge bioenergetischer Körpererfahrungen immer wieder zu heftigen Weindurchbrüchen, d. h. zu einem völligen „Versagen“ jeglicher Abwehr. Das tat mir, als jemand, der viel im Kopf und in emotionaler Hinsicht übersteuert war, damals ausgesprochen gut und hat mich im Hinblick auf das Spüren-Können von Nähe- als auch Distanzwünschen enorm bereichert.

Literaturverzeichnis

Geißler, P. (2917). Psychodynamische Körperpsychotherapie. Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht).
Geißler, P., Heisterkamp, G. (Hg.) (2007). Psychoanalyse der Lebensbewegungen. Zum körperlichen Geschehen in der psychoanalytischen Therapie. Ein Lehrbuch. Wien/New York (Springer).
Geißler, P., Heisterkamp, G. (2013) (Hg.). Einführung in die analytische Körperpsychotherapie. Giessen (Psychosozial).

Endnoten

1 Diese Unterscheidung hat vor allem didaktische Gründe. Im konkreten therapeutischen Geschehen verschwimmen die Grenzen zwischen diesen Ebenen sehr oft. In den Augen beispielsweise kann sich ein Begehren ausdrücken und dadurch die Aufforderung, Nähe herzustellen. Ein stimmlicher Ausdruck kann kalt und mechanisch sein und auf diese Weise eine distanzierende Wirkung ausüben.

2 Der Begriff „Affekt“ meint im psychoanalytischen Sprachgebrauch das, was wir alltagssprachlich „Emotion“ nennen.

3 Mit dem Begriff „Abwehr“ bezeichnet man Bewältigungsmechanismen gegenüber ängstigenden Impulsen oder Gefühlen.

Zum Autor

Peter Geißler (geb. 1953 in Wien) ist ein österreichischer Körperpsychotherapeut, psychoanalytischer Psychotherapeut und Mitbegründer der analytischen Körperpsychotherapie. Nach den Studien Medizin und Psychologie an der Universität Wien wurde er zunächst in Bioenergetischer Analyse ausgebildet und war Lehranalytiker der Deutschen und Österreichischen Gesellschaft für Bioenergetische Analyse. Seit 1981 praktiziert er als Körperpsychotherapeut in freier Praxis in Wien und Neu-Oberhausen.

Kontakt: geissler.p@aon.at